



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

SPETT.LE GEF

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(D.P.R. 445/2000 e succ. modifiche e integrazioni)**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
NATO/A A _____ PROV _____ IL _____
CODICE FISCALE _____ RESIDENTE _____
IN _____ PROV. _____ INDIRIZZO _____ N° _____
CONSAPEVOLE CHE CHIUNQUE RILASCI A DICHIARAZIONI MENDACI È PUNITO AI SENSI
DEL CODICE PENALE AI SENSI DELL'ART. 46 D.P.R. 445/2000, CON RIFERIMENTO
ALL'AVVISO DI PAGAMENTO N° _____
RELATIVAMENTE ALL'ANNO _____ OGGETTO DELLA PRESTAZIONE DI PRONTO
SOCCORSO A CUI SI RIFERISCE.

DICHIARA

- **SI ALLEGA COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO E CODICE FISCALE DEL RICHIEDENTE E OVE APPLICABILE DEL DELEGATO**

DATA _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE/DELEGATO

(PER ESTESO E LEGGIBILE)